

# 診 断 書

氏 名		性別	男	女
生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 年齢 才 平成			
上記の者は、 結核 及び 感染性皮膚疾患 に該当しないと診断します。				
診 断 日	年 月 日			
病院又は診療所の名称				
所在地				
医師氏名	印			

※申請時に添付する診断書は、診断日より一ヶ月以内のものに限ります。